

**IMPACTO DE UMA
ESTRATÉGIA EDUCACIONAL
BASEADA EM VÍDEOS
SOBRE O AUTOCUIDADO E
OS PARÂMETROS
LABORATORIAIS DE
PACIENTES COM DIABETES
MELLITUS EM UM SERVIÇO
DE SAÚDE DE CURITIBA**

**IMPACT OF A VIDEO-BASED EDUCATIONAL STRATEGY ON SELF-CARE
AND LABORATORY PARAMETERS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS
AT A HEALTHCARE SERVICE IN CURITIBA**

Ciências da Saúde • 22/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/790016981](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/790016981)

Bruna Geovanna Ghermacovski¹

Júlia Cristina Ferreira Ribeiro²

Ana Cristina Ravazzani de Almeida Faria³

RESUMO

O diabetes mellitus é uma condição crônica que requer participação ativa dos pacientes no autocuidado para o controle da doença e a prevenção de complicações. Nesse contexto, estratégias educacionais baseadas em tecnologias digitais podem ampliar o acesso a informações e favorecer a incorporação de práticas de autogestão no cotidiano. O presente estudo avaliou o impacto de uma estratégia educacional baseada em vídeos sobre as práticas de autocuidado e os parâmetros clínicos e laboratoriais de pacientes com diabetes mellitus atendidos em um serviço de saúde de Curitiba. Trata-se de estudo prospectivo de intervenção, do tipo antes e depois, realizado com adultos com diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2 atendidos no Ambulatório Acadêmico do Hospital Cajuru, entre agosto de 2024 e julho de 2025. A intervenção consistiu no envio de quinze vídeos educativos por meio do aplicativo WhatsApp, abordando alimentação, atividade física, uso de medicamentos e cuidados com os pés. A avaliação do autocuidado foi realizada pelo Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes, enquanto os dados clínicos e laboratoriais foram obtidos dos prontuários. Entre os participantes com dados pareados, observou-se melhora no escore geral de autocuidado, de 64 para 70,1 pontos ($p=0,0328$), além de melhora na prática de atividade física ($p=0,0355$) e na frequência de exame dos pés ($p=0,0078$). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos parâmetros clínicos e laboratoriais avaliados. A intervenção esteve associada à melhora das práticas de autocuidado, especialmente relacionadas à atividade física e aos cuidados com os pés, mas não promoveu alterações significativas nos parâmetros clínicos e laboratoriais no curto prazo, possivelmente em razão do caráter crônico desses desfechos e do tempo necessário para que mudanças comportamentais se traduzam em alterações clínicas e laboratoriais mensuráveis.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Educação em Saúde; Vídeos Educacionais; Tecnologia Educacional; Questionário de Autocuidado com Diabetes.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a chronic condition that requires active patient participation in self-care to achieve disease control and prevent complications. In this context, digital-technology-based educational strategies may expand access to information and help incorporate self-management practices into daily life. This study evaluated the impact of a video-based educational strategy on self-care practices and clinical and laboratory parameters among patients with diabetes mellitus receiving care at a healthcare service in Curitiba, Brazil. This prospective, interventional before-and-after study involved adults with type 1 and type 2 diabetes mellitus treated at the Academic Outpatient Clinic of Hospital Cajuru between August 2024 and July 2025. The intervention involved sending fifteen educational videos via WhatsApp on topics such as diet, physical activity, medication use, and foot care. We assessed self-care using the Diabetes Self-Care Activities Questionnaire, and obtained clinical and laboratory data from medical records. Among participants with paired data, an improvement was observed in the overall self-care score, from 64 to 70.1 points ($p=0.0328$), as well as in physical activity ($p=0.0355$) and the frequency of foot examinations ($p=0.0078$). No statistically significant differences were observed in the clinical and laboratory parameters evaluated. The intervention was associated with improved self-care practices, particularly regarding physical activity and foot care, but did not result in significant changes in clinical and laboratory parameters in the short term, possibly due to the chronic nature of these outcomes and the time required for behavioral changes to translate into measurable clinical and

laboratory improvements.

Keywords: Diabetes Mellitus; Health Education; Educational Videos; Educational Technology; Diabetes Self-Care Questionnaire.

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma condição crônica de saúde caracterizada por hiperglicemia crônica e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras (Mourão, 2023). O DM tipo 1 (DM1) consiste na destruição das células beta pancreáticas, resultando em uma deficiência da secreção de insulina. Por outro lado, o DM tipo 2 (DM2) é a resistência à ação da insulina nos tecidos, com consequente diminuição gradual da produção de insulina (Adam; O'Connor; Garcia, 2018). Além disso, destaca-se que o DM1 e o DM2 têm particularidades em sua fisiopatologia e manejo clínico, mas ambos exigem atenção constante e cuidados especializados para evitar complicações a longo prazo. Dessa maneira, essa comorbidade apresenta desafios significativos para os indivíduos afetados e para os sistemas de saúde.

Nesse contexto, de acordo com estimativas da International Diabetes Federation (IDF), em 2024, 16,6 milhões de adultos brasileiros de 20 e 79 anos apresentavam o diagnóstico de Diabetes Mellitus (IDF Diabetes Atlas, 2025). Isso indica a necessidade urgente de medidas preventivas, educacionais e de tratamento para enfrentar esse problema de saúde pública. Diante disso, a autogestão do Diabetes abrange todas as medidas que os pacientes podem tomar para gerenciar sua condição e evitar complicações tanto a curto quanto a longo prazo, visando melhorar sua qualidade de vida (Solla *et al*, 2023).

Logo, faz-se pertinente o desenvolvimento de medidas que tenham como objetivo aumentar o conhecimento dos portadores dessa comorbidade sobre os cuidados e hábitos necessários.

Nesse sentido, um estudo realizado com pacientes atendidos na atenção primária à saúde na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, avaliou o conhecimento e a adesão às atividades de autocuidado de 176 indivíduos com diabetes mellitus tipo 2. A pesquisa utilizou a versão brasileira dos questionários de Conhecimento sobre o Diabetes (DKN-A) e de Autocuidado em Diabetes (QAD) para coletar os dados. Os resultados indicaram que, embora os participantes tivessem um conhecimento considerado suficiente sobre a doença, especialmente os mais jovens e com menor renda, esse conhecimento não se traduziu de forma eficaz na prática do autocuidado, sendo a adesão à medicação a mais alta e a monitorização da glicemia a mais baixa. Portanto, há de se citar a conclusão deste trabalho: há fragilidades na assistência ao indivíduo com diabetes na atenção primária à saúde, sugerindo a necessidade de programas educativos com metodologias ativas para fortalecer o conhecimento e a prática do autocuidado (Borba *et al*, 2018).

Outro ponto importante a se destacar é que uma grande estratégia de abordagem educacional para a educação em saúde é o uso de vídeos. Dessa maneira, uma revisão sistemática investigou a eficácia do uso de vídeos na educação de pacientes com diabetes, sintetizando evidências de 36 estudos selecionados a partir de uma busca abrangente em diversas bases de dados eletrônicas. A partir deste estudo, entende-se que os vídeos educativos são promissores para aprimorar o tratamento do diabetes, com sete dos doze estudos que examinaram a hemoglobina glicada (HbA1c) mostrando uma redução estatisticamente significativa (variando de -0,1% a

-2,1%), além de constatar melhorias na alfabetização em saúde, autoeficácia, atividade física e adesão à medicação. Para além dos aspectos gerais de saúde, o feedback dos participantes foi predominantemente positivo (Hoe; Ahmad; Watterson, 2024).

Diante do exposto, associado ao escopo do projeto, é crucial reconhecer a relevância de uma abordagem educacional direcionada aos conhecimentos sobre o controle do diabetes e como isso pode impactar positivamente o autocuidado, realizado por meio de uma estratégia de educação baseada em vídeos, com posterior avaliação do conhecimento retido. Além disso, objetivou-se possível avaliar o efeito da estratégia proposta por meio da análise de desfechos clínicos, a partir de dados de exame físico e parâmetros laboratoriais utilizados no acompanhamento da doença.

Por fim, com a realização do presente estudo, esperou-se avaliar se a educação baseada em vídeos é útil para a promoção de conhecimento a respeito dos cuidados com Diabetes Mellitus por parte dos participantes, a partir da avaliação da retenção de entendimento sobre a autogestão do DM medido através do questionário QAD, e para a alteração de desfechos clínicos objetivos, com a análise de exames laboratoriais e parâmetros físicos padrões.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com a 11ª edição do IDF Diabetes Atlas, publicado pela International Diabetes Federation, em 2024 havia aproximadamente 589 milhões de adultos de 20 a 79 anos vivendo com diabetes, correspondendo a um indivíduo a cada nova da população mundial nessa faixa etária, com projeção de aumento para 853 milhão até 2050. Além disso, o Atlas estima que, em 2024, 251,7 milhões de

adultos, correspondentes a 42,8% das pessoas com diabetes, apresentavam diabetes não diagnosticado. Mais de 85% dessas pessoas viviam em países de baixa e média renda. No mesmo ano, o diabetes foi responsável por aproximadamente 3,4 milhões de mortes entre adultos de 20 a 79 anos (IDF Diabetes Atlas, 2025).

Para o Brasil, o Atlas estima 16,6 milhões de adultos de 20 a 79 anos com diabetes em 2024, correspondendo a uma prevalência de 10,7% nessa população. Entre esses indivíduos, aproximadamente 31,9% apresentavam diabetes não diagnosticado, o equivalente a cerca de 5,3 milhões de pessoas (IDF Diabetes Atlas, 2025). Diante desses dados, é evidente que o diabetes é um problema global de grande magnitude, com uma prevalência que tende a continuar crescendo, representando uma doença crônica que configura um importante desafio de saúde pública (WHO, 2024). Portanto, fica claro que é necessário pensar não apenas em tratamento, mas em estratégias de cuidado e educação

Nesse sentido, por ser uma condição crônica, o controle do diabetes não depende apenas das consultas ou das intervenções da equipe de saúde, mas exige cuidados contínuos no cotidiano por parte do próprio indivíduo. Isso porque essas pessoas precisam tomar decisões diariamente relacionadas ao tratamento e ao autocuidado, incluindo alimentação, atividade física, medicamentos/insulina, monitorização da glicemia e prevenção de complicações (ADA, 2026). Contudo, destaca-se que, para realizar e manter esses comportamentos, não basta receber informação, são necessários conhecimento, habilidades, tomada de decisão e suporte (Powers, et al, 2020).

Diante disso, o Diabetes Self-Management Education and Support (DSMES) apresenta que a educação para o autocuidado se apresenta como uma intervenção terapêutica essencial no manejo do diabetes, e não apenas como transmissão de informações (POWERS, et al, 2020), destacando-se que fornecer informação, isoladamente, não garante que o paciente incorpore determinado comportamento de autocuidado (Solla et al, 2023). Sendo assim, as estratégias educativas precisam ser acessíveis, contínuas e capazes de favorecer a incorporação do conhecimento à rotina.

Então, diante dos aspectos discutidos, tecnologias digitais podem ser uma estratégia para ampliar e facilitar essa educação. No diabetes, essas ferramentas podem facilitar acesso a informações e suporte para o autocuidado fora do ambiente convencional de atendimento, favorecendo a comunicação, o acompanhamento e o reforço contínuo das orientações. Assim, entre as diferentes estratégias digitais disponíveis, os recursos audiovisuais apresentam características que podem favorecer a transmissão e a compreensão de conteúdos relacionados ao autocuidado (Hoe et al, 2024).

Uma revisão bibliográfica avaliou 36 estudos sobre utilização de vídeos na educação de pacientes com diabetes e encontrou resultados positivos em diferentes desfechos, incluindo literacia em saúde, autoeficácia, atividade física e adesão medicamentosa, embora os estudos apresentassem heterogeneidade. Ainda, observou-se que vídeos de curta duração foram mais usados. Entre os estudos que avaliaram HbA_{1c}, 7 de 12 encontraram redução estatisticamente significativa, com reduções que variaram aproximadamente de 0,1 a 2,1 pontos percentuais. Contudo, vale destacar que os resultados são heterogêneos e variam conforme conteúdo, duração, forma de disponibilização e desfecho avaliado

(Hoe et al, 2024). Assim, permanece relevante investigar estratégias de vídeo que sejam estruturadas, acessíveis e capazes de promover mudanças tanto nas práticas de autocuidado quanto em parâmetros clínicos e laboratoriais.

Nessa esfera, no cenário de saúde pública brasileiro, o compartilhamento de vídeos educativos é uma possibilidade interessante, especialmente com o uso do WhatsApp, ferramenta de comunicação digital com potencial para facilitar a entrega desses conteúdos e manter o contato com o paciente fora do atendimento presencial, apesar de apresentar desafios, como o acesso desigual à internet e a baixa alfabetização digital. Dessa maneira, ainda há necessidade de ampliar as evidências sobre estratégias digitais de educação em diabetes em contextos brasileiros, considerando as características da população e dos serviços de saúde locais.

Sendo assim, diante do potencial das estratégias digitais e dos resultados ainda heterogêneos da literatura, o presente estudo propôs uma estratégia baseada em vídeos educativos e disponibilizada por WhatsApp, voltada para adultos com diabetes mellitus tipo 1 e 2 atendidos em um serviço secundário de saúde de Curitiba, buscando avaliar o impacto da estratégia sobre as práticas de autocuidado e parâmetros clínicos/laboratoriais.

3. METODOLOGIA

3.1. Desenho do Estudo e Participantes

Trata-se de um estudo prospectivo, não controlado, de intervenção, com avaliação antes e após a intervenção, realizado no Ambulatório Acadêmico do Hospital Universitário Cajuru, em Curitiba, Paraná, entre agosto de 2024 e julho de 2025. Foram incluídos indivíduos

com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 ou tipo 2, atendidos no serviço durante o período do estudo. Foram excluídos participantes que apresentassem déficit visual e/ou auditivo, bem como doenças neurológicas, psiquiátricas ou psicológicas capazes de interferir na compreensão dos instrumentos de coleta de dados ou da intervenção educacional.

O recrutamento ocorreu por conveniência, de acordo com o comparecimento dos pacientes às consultas de rotina no Ambulatório Acadêmico do Hospital Universitário Cajuru. Após a identificação dos potenciais participantes e a verificação dos critérios de elegibilidade, os indivíduos foram convidados a participar da pesquisa e receberam esclarecimentos sobre seus objetivos e procedimentos. Após a leitura, esclarecimento de dúvidas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi iniciada a coleta de dados. Foram inicialmente recrutados 135 participantes, dos quais 54 permaneceram no estudo após a etapa inicial de coleta e foram incluídos na intervenção educativa. Após a intervenção, 21 participantes responderam novamente ao QAD, enquanto 43 apresentaram dados clínicos e laboratoriais disponíveis para comparação entre os períodos pré e pós-intervenção. As perdas de seguimento ocorreram por motivos variados, incluindo receio dos participantes quanto à possibilidade de golpes ou fraudes por meio do contato remoto, mudança de número de telefone, impossibilidade de restabelecer o contato, ausência de resposta às tentativas de contato e descontinuidade do acompanhamento.

3.2. Coleta de Dados e Instrumentos

Os dados sociodemográficos foram obtidos por meio de formulário estruturado, incluindo idade, gênero, tipo de diabetes e

escolaridade. Os dados clínicos e laboratoriais foram obtidos a partir dos registros dos prontuários eletrônicos dos participantes. Foram coletados os valores de hemoglobina glicada (HbA1c), glicemia de jejum, colesterol LDL, colesterol HDL e taxa de filtração glomerular (TFG), além de pressão arterial sistólica e diastólica, índice de massa corporal (IMC) e circunferência abdominal (CA).

As práticas de autocuidado foram avaliadas por meio do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), aplicado antes e após a intervenção. O instrumento é composto por 17 itens distribuídos em seis dimensões e avalia a frequência, em dias da última semana, de diferentes atividades relacionadas ao autocuidado em diabetes. Cada item recebe pontuação de 0 a 7, correspondendo ao número de dias em que determinada atividade foi realizada, sendo maiores escores indicativos de maior frequência de práticas de autocuidado.

Os dados sociodemográficos e as respostas ao QAD foram coletados por meio de formulário eletrônico elaborado na plataforma Google Forms, enquanto os dados clínicos e laboratoriais foram obtidos dos prontuários eletrônicos do serviço.

3.3. Desenvolvimento e Aplicação da Intervenção Educacional

A intervenção educacional foi desenvolvida a partir de revisão bibliográfica sobre diabetes mellitus, seu tratamento e estratégias de autocuidado. Com base nas informações selecionadas, foram elaborados roteiros para vídeos educativos, posteriormente revisados pela professora orientadora quanto ao conteúdo e à adequação da linguagem. Os materiais foram produzidos e editados utilizando as

plataformas Canva e Vidnoz, o aplicativo CapCut e recursos de gravação de áudio e vídeo.

Foram produzidos 16 vídeos educativos, com duração aproximada de três a cinco minutos, abordando aspectos relacionados ao manejo do diabetes mellitus e à prevenção de complicações. Os conteúdos incluíram uso de antidiabéticos, administração e cuidados com insulina, monitorização da glicemia, hipoglicemia, alimentação para pessoas com diabetes tipo 1 e tipo 2, estresse e sono, atividade física, cuidados com os pés, avaliação oftalmológica e renal, metas do tratamento e medicamentos utilizados no controle da hipertensão arterial e da dislipidemia. Quando pertinente, os conteúdos foram adaptados de acordo com o tipo de diabetes do participante.

Após a conclusão do recrutamento, foi criado um grupo específico no aplicativo WhatsApp para distribuição dos materiais educativos. Os vídeos foram enviados aos participantes de forma sequencial, com intervalo de 15 dias entre os envios, e cada material foi posteriormente reenviado, permitindo a revisão e a revisitação dos conteúdos. A intervenção teve início em fevereiro de 2025, com o envio do último vídeo ao final de março de 2025.

3.4. Avaliação Pós-Intervenção

Após a conclusão da intervenção, foi realizada nova coleta dos dados clínicos e laboratoriais disponíveis nos prontuários, bem como nova aplicação do QAD por meio do Google Forms. A coleta dos dados pós-intervenção teve início em abril de 2025, aproximadamente um mês após o término do envio dos vídeos e dois meses após o início da intervenção.

Foram considerados como desfechos da intervenção as mudanças nas práticas de autocuidado avaliadas pelo QAD e as variações nos parâmetros clínicos e laboratoriais entre os períodos pré e pós-intervenção.

3.5. Análise Estatística

As variáveis quantitativas foram descritas por média, desvio padrão, mediana, valores mínimo e máximo, enquanto as variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absolutas e percentuais.

Para a comparação das variáveis quantitativas entre os momentos pré e pós-intervenção, foi utilizado o teste t de Student para amostras pareadas quando a variável apresentou distribuição normal nos dois momentos. Quando o pressuposto de normalidade não era atendido, foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon. Para a comparação de proporções entre os momentos pré e pós-intervenção, foi utilizado o teste de McNemar.

Nas análises entre dois grupos independentes, as variáveis quantitativas foram comparadas pelo teste t de Student para amostras independentes quando apresentavam distribuição normal e pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney quando o pressuposto de normalidade não era atendido. Para a comparação de variáveis categóricas entre dois grupos, foi utilizado o teste exato de Fisher.

Foi adotado nível de significância estatística de 5%, considerando-se valores de $p < 0,05$ como estatisticamente significativos. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa IBM SPSS Statistics, versão 29.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA).

4. RESULTADOS

Foram inicialmente recrutados 135 participantes, dos quais 54 permaneceram no estudo após a etapa inicial de coleta e foram incluídos na intervenção educativa. A redução da amostra ocorreu principalmente em razão da ausência de resposta aos contatos realizados para o envio dos materiais educativos, da não resposta ao convite ou da decisão de não dar continuidade à participação na pesquisa.

Entre os 54 participantes incluídos, a média de idade foi de $58,9 \pm 12,4$ anos, com mediana de 60,5 anos e intervalo de 20 a 79 anos. Houve predominância do sexo feminino, com 38 participantes (70,4%), enquanto 16 (29,6%) eram do sexo masculino. Quanto ao tipo de diabetes mellitus, 44 participantes (81,5%) apresentavam diabetes mellitus tipo 2 e 10 (18,5%) diabetes mellitus tipo 1. As características clínicas e epidemiológicas da amostra estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características clínicas e epidemiológicas da amostra total

Variável	n válido	Resultado
Idade	54	$58,9 \pm 12,4$; 60,5 (20 - 79)*
Gênero	54	
Masculino		16 (29,6%)
Feminino		38 (70,4%)
Tipo do DM	54	
1		10 (18,5%)

2		44 (81,5%)
---	--	------------

4.1. Resultados da Análise dos Parâmetros Clínicos e Laboratoriais

As médias dos dados de exames laboratoriais e clínicos analisados estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização da amostra total em relação aos dados laboratoriais e clínicos pré intervenção educativa

Variável	N	Resultado* Média ± SD; Mediana (IIQ)
Glicemia de Jejum	52	131,4 ± 54,3; 126,1 (57 - 332)
HbA1c	52	8 ± 1,5; 8 (4,6 - 11,3)
LDL colesterol	52	82 ± 39,2; 75 (23 - 251)
HDL colesterol	52	47,4 ± 13,5; 46,4 (19,6 - 86,6)
TFG	52	81,1 ± 21; 84,8 (29,1 - 122,5)
PAS	53	125 ± 18,5; 128 (90 - 180)
PAD	53	77,8 ± 11,9; 80 (58 - 120)
IMC	51	29,6 ± 5,8; 28,8 (20,2 - 45,6)
CA	45	98,4 ± 12,6; 101 (77 - 123)

* SD = desvio padrão, IIQ = intervalo interquartil

Legenda: Glicemia de jejum; HbA1c = Hemoglobina Glicada; LDL= Low Density Lipoprotein; HDL= High Density Lipoprotein; TFG= Taxa de Filtração Glomerular; PAS= Pressão Arterial Sistólica; PAD= Pressão Arterial Diastólica; IMC= Índice de Massa Corporal; CA= Circunferência Abdominal.

Quanto à comparação dos resultados laboratoriais e clínicos entre os momentos pré e pós-exposição ao conteúdo educativo em formato de vídeo, dos 54 participantes, 43 (79,6%) apresentaram dados de exame laboratorial e clínicos após a intervenção. Desse modo, foi possível realizar a comparação pareada entre os dois momentos em apenas 43 participantes.

O resultado da comparação dos exames laboratoriais antes e após a intervenção educativa no formato de vídeo não mostrou diferenças estatisticamente significativas nas variáveis laboratoriais analisadas ($p > 0,05$). Na tabela 3 estão apresentadas as comparações dos exames laboratoriais entre os momentos pré e pós.

Tabela 3. Comparação dos exames laboratoriais entre os momentos pré e pós-intervenção

Variável	N válido	Resultados no momento PRÉ	Resultados no momento PÓS	Valor de p
		média $\pm$ desvio padrão;	média $\pm$ desvio padrão;	
		mediana (mínimo – máximo)	mediana (mínimo – máximo)	

GJ	39	133 ± 60,6; 129 (57 - 332)	135,5 ± 56,7; 126 (31 - 257)	0,624*
LDL	36	79,3 ± 40,1; 73,5 (23 - 251)	84,3 ± 41,9; 79 (24 - 208)	0,204*
HDL	36	46,9 ± 13,4; 44,7 (19,6 - 86,6)	45,6 ± 13,8; 41,5 (27 - 86)	0,211*
HbA1c	38	7,8 ± 1,5; 8 (4,6 - 10,8)	7,7 ± 1,5; 7,5 (4,4 - 11,5)	0,598#
TFG	38	81,7 ± 20,6; 84,8 (29,1 - 122,5)	83,1 ± 20,3; 83,3 (37,4 - 129,8)	0,363#

* Significância do teste não paramétrico de Wilcoxon

Significância do teste t de student para amostras pareadas

Legenda: GJ = Glicemia de Jejum; LDL = Low Density Lipoprotein;
HDL = High Density Lipoprotein;

HbA1c = Hemoglobina Glicada; TFG = Taxa de Filtração Glomerular.

Com relação aos parâmetros clínicos analisados no presente estudo, não foram observadas diferenças estatísticas significativas ao comparar os momentos pré e pós-intervenção ($p > 0,05$). (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação dos parâmetros clínicos entre os momentos pré e pós

Variável	N válido	Resultados no momento PRÉ	Resultados no momento PÓS	Valor de p
		média ± desvio padrão;	média ± desvio padrão;	
		mediana (mínimo –	mediana (mínimo –	

		máximo)	máximo)	
PAS	41	124,5 ± 19,1; 120 (90 - 180)	123 ± 14,2; 122 (90 - 150)	0,471*
PAD	41	78,5 ± 12,7; 79 (58 - 120)	77 ± 10; 80 (60 - 110)	0,582*
IMC	37	29,7 ± 5,2; 28,8 (21,4 - 45,6)	29,7 ± 5; 29,6 (21,8 - 46)	0,919#
CA	23	100 ± 11,8; 104 (78 - 117)	100,2 ± 12,5; 102 (74 - 126)	0,724#

* Significância do teste não paramétrico de Wilcoxon

Significância do teste t de student para amostras pareadas

Legenda: PAS= Pressão Arterial Sistólica; PAD= Pressão Arterial Diastólica; IMC= Índice de Massa Corporal; CA= Circunferência Abdominal

4.2. Resultados da Análise do Questionário de Autocuidado para o Diabetes Pré e Pós-Intervenção

Após o envio dos vídeos, os participantes foram convidados a preencher novamente o Questionário de Avaliação do Conhecimento (QAD), com o objetivo de aferir o conhecimento adquirido por meio da estratégia educacional implementada.

Os resultados das respostas ao questionário QAD estão descritas na tabela 5.

Tabela 5. Resultados do QAD

QAD no momento pré

PRÉ - 1.1 Em quantos dos últimos SETE dias seguiu uma dieta saudável?	54	4,6 ± 2,1; 5 (0 - 7)
PRÉ - 1.2 Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista).	54	4,5 ± 2,3; 5 (0 - 7)
PRÉ - 2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?	54	5 ± 2,4; 6 (0 - 7)
PRÉ - 2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos como leite integral ou derivados?	54	2,5 ± 2,2; 3 (0 - 7)
PRÉ - 2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu doces?	54	4,5 ± 2; 5 (0 - 7)
PRÉ - 3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)?	54	2,2 ± 2,6; 1 (0 - 7)
PRÉ - 3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta...), sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho?	54	2,1 ± 2,7; 0 (0 - 7)
PRÉ - 4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	54	5 ± 2,9; 7 (0 - 7)
PRÉ - 4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?	54	4,1 ± 3,1; 5 (0 - 7)
PRÉ - 5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou seus pés?	54	4,2 ± 3,2; 7 (0 - 7)

PRÉ - 5.2 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los?	54	4,1 ± 3,2; 6 (0 - 7)
PRÉ - 5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los?	54	6,2 ± 2,1; 7 (0 - 7)
PRÉ - 6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme recomendado?	54	6,8 ± 0,8; 7 (2 - 7)
PRÉ - 6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou injeções de insulina, conforme recomendado?	36	6,7 ± 1,2; 7 (0 - 7)
PRÉ - 6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes?	50	6,6 ± 1,5; 7 (0 - 7)
PRÉ - Score QAD	54	66,4 ± 14,2; 67 (11 - 92)
PRÉ - 7.1 Você fumou um cigarro - ainda que só uma tragada - durante os últimos SETE dias?	54	
Não		47 (87%)
Sim		7 (13%)
PRÉ - Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, em um dia?	7	11,1 ± 7,6; 10 (4 - 21)
PRÉ - 7.3 Quando fumou seu último cigarro?	54	
Nunca fumou		36 (66,7%)
1 a 3 meses (ou ainda fuma)		7 (13%)
Há mais de 2 anos		11 (20,4%)
PRÉ - Escore 7	54	1,4 ± 4,6; 0 (0 - 21)

* Resultados das variáveis qualitativas estão descritas por frequência (percentual) e das quantitativas por média $\pm$ desvio padrão; mediana (mínimo – máximo).

Fonte: o autor (2025).

Dos 54 participantes iniciais, apenas 21 responderam o questionário QAD após a intervenção. Dada esta grande perda de seguimento, comparou-se os dados de idade, sexo e do escore QAD e 7 dos 21 participantes que responderam ao questionário nos dois momentos com os 33 que não responderam. Tal comparação está apresentada na tabela 6 e demonstra que o grupo que não foi incluído na análise pareada, por não responder o questionário pós não é significativamente diferente dos pacientes que foram incluídos em tal análise. Assim, é possível inferir que os resultados se aplicam ao total de participantes e podem ser inferidos para a população alvo do estudo.

Tabela 6. Comparação da distribuição de idade, de sexo e do escore pré do QAD entre os pacientes incluídos e não incluídos na análise pareada (pré e pós)

Variável	Pacientes que não responderam apenas o PRÉ* (n=33)	Pacientes que não responderam o PRÉ e o PÓS* (n=21)	Valor de p
Idade	59,7 $\pm$ 11; 60 (27 - 79)	59,3 $\pm$ 12; 61 (26 - 77)	0,902§
Sexo			0,768¬
Masculino	12 (36,4%)	6 (28,6%)	
Feminino	21 (63,6%)	15 (71,4%)	

Tipo do DM			>0,999↯
1	5 (15,2%)	3 (14,3%)	
2	28 (84,8%)	18 (85,7%)	
PRÉ - Score QAD	67,9 ± 11,7; 68 (45 - 92)	64 ± 17,4; 66 (11 - 89)	0,594#
PRÉ - Escore 7	1,2 ± 3,9; 0 (0 - 20)	1,9 ± 5,5; 0 (0 - 21)	0,773#

* Resultados das variáveis qualitativas estão descritas por frequência (percentual) e das quantitativas por média ± desvio padrão; mediana (mínimo – máximo).

§ Significância do teste t de student para amostras independentes

↯ Significância do teste de qui-quadrado

Significância do teste não paramétrico de Mann-Whitney

Fonte: o autor (2025).

Dos 21 participantes finais que responderam ao QAD pós-intervenção, os resultados da comparação entre os diferentes momentos antes e após a intervenção educativa estão apresentados na tabela 7.

Tabela 7. Comparação das respostas ao QAD antes e após intervenção educativa

Variáveis	n válido	Resultados no momento PRÉ*	Resultados no momento PÓS*	Valor de p

1.1 Em quantos dos últimos SETE dias seguiu uma dieta saudável?	21	4,7 ± 2,1; 5 (0 - 7)	4,2 ± 2,1; 4 (0 - 7)	0,414§
1.2 Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista).	21	3,9 ± 2,4; 4 (0 - 7)	4,1 ± 2,7; 5 (0 - 7)	0,641§
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?	21	4,5 ± 2,3; 5 (0 - 7)	4 ± 2,4; 4 (0 - 7)	0,389§
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos como leite integral ou derivados?	21	2,9 ± 2,1; 3 (0 - 6)	3,2 ± 2,3; 4 (0 - 7)	0,528§
2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu doces?	21	4,3 ± 2,5; 5 (0 - 7)	4,2 ± 2,5; 5 (0 - 7)	0,871§
3.1 Em quantos dos últimos SETE	21	2,3 ± 2,4; 2 (0 - 7)	3,4 ± 2,4; 3 (0 - 7)	0,035§

DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)?				
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta...), sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho?	21	$2 \pm 2,5; 1 (0 - 7)$	$2,7 \pm 2,5; 3 (0 - 7)$	0,136§
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	21	$5,4 \pm 2,6; 7 (0 - 7)$	$4,9 \pm 2,9; 7 (0 - 7)$	0,438§
4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?	21	$4 \pm 3,3; 6 (0 - 7)$	$4,4 \pm 2,6; 5 (0 - 7)$	0,528§
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou seus pés?	21	$3,9 \pm 3,2; 5 (0 - 7)$	$5,7 \pm 2,4; 7 (0 - 7)$	0,007§

5.2 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los?	21	4,3 ± 3,2; 7 (0 - 7)	5 ± 2,8; 7 (0 - 7)	0,284§
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los?	21	5,6 ± 2,6; 7 (0 - 7)	6,5 ± 1,6; 7 (0 - 7)	0,077§
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme recomendado?	21	6,6 ± 1,2; 7 (2 - 7)	6,7 ± 0,9; 7 (4 - 7)	0,785§
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou injeções de insulina, conforme recomendado?	14	6,4 ± 1,9; 7 (0 - 7)	6,6 ± 1,8; 7 (0 - 7)	0,157§
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes?	18	6,2 ± 1,9; 7 (1 - 7)	6,7 ± 0,9; 7 (4 - 7)	0,785§
Score QAD	21	64 ± 17,4; 66 (11 - 89)	70,1 ± 14,9; 72 (23 - 89)	0,032§
7.1 Você fumou um cigarro - ainda que só uma	21			#

tragada - durante os últimos SETE dias?				
Não		18 (85,7%)	18 (85,7%)	
Sim		3 (14,3%)	3 (14,3%)	
Escore 7	20	1,9 ± 5,5; 0 (0 - 21)	1,6 ± 5,2; 0 (0 - 21)	0,157§

* Resultados das variáveis qualitativas estão descritas por frequência (percentual) e das quantitativas por média ± desvio padrão; mediana (mínimo – máximo).

§ Significância do teste não paramétrico de Wilcoxon

Não é possível realizar análise estatística pois não há nenhuma variação entre os momentos.

Fonte: o autor (2025).

Os resultados apresentados na tabela 7 demonstram que o escore QAD é significativamente maior no momento pós do que no pré. O mesmo foi encontrado para as questões 3.1 e 5.1. Não houve diferença significativa nas demais questões e para o escore 7.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal avaliar o impacto de uma estratégia educacional baseada em vídeos sobre a autogestão do Diabetes Mellitus (DM). A partir dos resultados encontrados, observou-se aumento significativo no escore geral de autocuidado avaliado pelo Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), o que sugere que uma abordagem educacional baseada em vídeos pode contribuir para a promoção e a prática do autocuidado em pacientes com diabetes. O conhecimento sobre o

próprio estado de saúde pode favorecer maior autonomia na adoção de práticas relacionadas ao controle da doença e à prevenção de possíveis complicações, e propostas semelhantes, utilizando o QAD em diferentes formatos e canais de transmissão, também apresentaram resultados promissores na implementação de práticas de autocuidado no diabetes.

Nesse contexto, a análise das dimensões do QAD demonstrou que a intervenção apresentou impacto significativo em duas áreas específicas: a prática de atividade física por pelo menos 30 minutos ($p=0,0355$) e o hábito de examinar os próprios pés ($p=0,0078$). Esses achados corroboram resultados de revisão sistemática citada anteriormente, que aponta os vídeos educativos como uma ferramenta promissora para melhorar aspectos relacionados à atividade física (Hoe; Ahmad; Watterson, 2024). O aumento na frequência do exame dos pés também representa um achado relevante, considerando a importância do autocuidado na prevenção de complicações relacionadas ao diabetes.

Em contrapartida, outras áreas avaliadas pelo QAD, como hábitos alimentares, monitorização da glicemia e adesão medicamentosa, não apresentaram melhora estatisticamente significativa. Essa ausência de mudança pode ser interpretada à luz de estudos anteriores, como o realizado em Recife, que destacou a dificuldade de traduzir o conhecimento adquirido em práticas de autocuidado efetivas, especialmente em comportamentos que dependem de mudanças de hábitos profundamente arraigados.⁴ Adicionalmente, a adesão medicamentosa já apresentava escores elevados no período pré-intervenção, indicando possível efeito teto e, conseqüentemente, menor espaço para mudanças mensuráveis após a intervenção.

Apesar da melhora observada nas práticas de autocuidado, a análise dos parâmetros clínicos e laboratoriais não demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre os períodos pré e pós-intervenção. Estudos prévios apontam resultados promissores com o uso de vídeos educativos, incluindo redução da hemoglobina glicada, principalmente quando essa estratégia é associada a intervenções capazes de favorecer mudanças comportamentais. A ausência de alterações nos parâmetros avaliados neste estudo pode estar relacionada ao tempo disponível para aplicação e assimilação do conteúdo educativo e ao intervalo necessário para que mudanças comportamentais se traduzem em alterações clínicas e laboratoriais mensuráveis. Dessa forma, a melhora identificada no autocuidado não necessariamente se acompanha de modificações imediatas em marcadores como hemoglobina glicada, peso, pressão arterial ou função renal.

Outro aspecto relevante diz respeito à própria duração do acompanhamento. Embora os participantes tenham sido acompanhados por aproximadamente nove meses entre o início do recrutamento e a etapa pós-intervenção, o período efetivo de disponibilização dos vídeos ocorreu entre fevereiro e março de 2025, com a coleta pós-intervenção iniciada em abril. Assim, o intervalo entre a exposição ao conteúdo educativo e a avaliação dos desfechos clínicos e laboratoriais pode ter sido insuficiente para identificar mudanças em parâmetros de natureza crônica. Além disso, mesmo que os vídeos tenham contribuído para a ampliação do conhecimento dos participantes, existe um intervalo entre a obtenção de informações e a incorporação dessas informações em mudanças comportamentais sustentadas.

Entre as limitações metodológicas deste estudo, destaca-se a importante perda de seguimento. Dos 54 participantes incluídos na intervenção, apenas 21 responderam novamente ao QAD, enquanto 43 apresentaram dados clínicos e laboratoriais disponíveis para comparação entre os períodos pré e pós-intervenção. A perda de participantes ocorreu principalmente em razão de dificuldades de contato, incluindo mudanças no número de telefone, ausência de utilização do aplicativo WhatsApp, insegurança quanto ao recebimento de conteúdos pela plataforma ou decisão de não dar continuidade à participação na pesquisa. Embora a comparação entre os participantes que responderam ou não ao QAD no período pós-intervenção não tenha identificado diferenças significativas quanto às características avaliadas, a redução da amostra pode ter limitado o poder estatístico das análises e a generalização dos resultados para a população-alvo.

A utilização exclusiva do WhatsApp como canal de transmissão também impôs limitações à execução da intervenção. Além das dificuldades de contato com os participantes, houve insegurança de alguns pacientes em relação ao recebimento de vídeos pela plataforma, associada ao receio de golpes na internet. Esses aspectos demonstram que, embora ferramentas digitais apresentem potencial para ampliar o acesso à educação em saúde, a escolha do canal de comunicação deve considerar a familiaridade dos usuários com a tecnologia e as barreiras relacionadas à sua utilização. Dessa forma, estudos futuros podem se beneficiar da utilização de diferentes estratégias e canais de entrega de conteúdo, buscando ampliar o alcance da intervenção e reduzir perdas de seguimento.

Apesar do número reduzido de participantes na avaliação pós-intervenção, os resultados observados entre aqueles que concluíram o acompanhamento indicam potencial da estratégia utilizada para a promoção de comportamentos de autocuidado. Além disso, entre os participantes que forneceram feedback sobre os materiais educativos, a maioria apresentou avaliação positiva, sugerindo boa aceitação da proposta. Esse aspecto reforça a possibilidade de utilização de materiais educativos exclusivos e de fácil acesso como estratégia complementar ao acompanhamento convencional de pessoas com diabetes.

Portanto, apesar das limitações encontradas, os resultados sugerem que uma estratégia educacional baseada em vídeos pode contribuir para a melhora de determinadas práticas de autocuidado, especialmente a realização de atividade física e o exame dos pés. Entretanto, a ausência de alterações significativas nos parâmetros clínicos e laboratoriais demonstra que a modificação de comportamentos e a repercussão desses efeitos sobre desfechos clínicos podem ocorrer em momentos distintos. Por se tratar de uma estratégia de baixo custo e potencialmente escalável, com utilização de uma plataforma de comunicação amplamente acessível, a educação em saúde por meio de vídeos apresenta potencial como ferramenta complementar no cuidado de pacientes com diabetes. Estudos futuros, com maior tamanho amostral, menor perda de seguimento, maior tempo de acompanhamento e utilização de diferentes canais de comunicação, poderão contribuir para avaliar de forma mais abrangente a efetividade dessa estratégia.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia educacional baseada em vídeos demonstra potencial para promover melhorias nas práticas de autocuidado de pessoas com diabetes mellitus, especialmente em comportamentos relacionados à atividade física e aos cuidados com os pés. Dessa forma, o objetivo de avaliar o impacto da intervenção sobre o autocuidado é alcançado, enquanto não se observa efeito significativo sobre os parâmetros clínicos e laboratoriais avaliados.

Nesse contexto, a utilização de vídeos educativos por meio de uma plataforma de comunicação amplamente acessível constitui uma estratégia de baixo custo e potencialmente escalável para complementar as ações de educação em saúde no diabetes. Entretanto, a perda de seguimento e o número reduzido de participantes na avaliação pós-intervenção limitam a generalização dos achados. Estudos futuros, com maior tamanho amostral, menor perda de seguimento e período de acompanhamento mais prolongado, podem contribuir para avaliar a manutenção das mudanças comportamentais e sua possível repercussão sobre os parâmetros clínicos e laboratoriais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adam L, O'Connor C, Garcia AC. Evaluating the Impact of Diabetes SelfManagement Education Methods on Knowledge, Attitudes and Behaviours of Adult Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Can J Diabetes*. 2018 Oct;42(5):470-477.e2. doi: 10.1016/j.jcjd.2017.11.003. Epub 2017 Nov 23. PMID: 29449096. Acesso em 6 de março de 2025.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE FOR DIABETES. 5. Facilitating positive health behaviors

and well-being to improve health outcomes: Standards of Care in Diabetes 2026. *Diabetes Care*, v. 49, supl. 1, p. S89–S131, 2026.

BORBA, Anna Karla Oliveira Tito; SILVA, Monique Cristine da; SANTOS, Scarlet Bianca Santana dos; GOMES, Mayara Crystina Rodrigues. Conhecimento e autocuidado de indivíduos com diabetes na Atenção Primária à Saúde. *Revista de APS*, v. 21, n. 4, p. 516-533, out./dez. 2018.

HOE, Cosette Yoon Wey; AHMAD, Badariah; WATTERSON, Jessica. The use of videos for diabetes patient education: A systematic review. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, [s.l.], v. 40, n. 2, p. e3722, 2024. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/dmrr.3722>. Acesso em: 20 jul. 2025.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *IDF Diabetes Atlas*. 10. ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2021. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/resources/previous-editions/>. Acesso em: 6 mar. 2025.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *IDF Diabetes Atlas*. 11. ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2025.

MOURÃO, D. M. Os 7 comportamentos do autocuidado no diabetes. [s.l.] Pimenta Cultural, 2023. DOI: 10.31560/pimentacultural/2023.97112.1. Acesso em 6 de março de 2025.

POWERS, M. A. et al. Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: a consensus report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care &

Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy of Family Physicians, the American Academy of PAs, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association. Diabetes Care, v. 43, n. 7, p. 1636–1649, 2020. DOI: 10.2337/dci20-0023.

Solla, B. S. V., da Silva, S. E. R., Lemos, E. F., & Simões, E. A. P. (2023). Evidências científicas sobre o impacto do conhecimento na atitude e prática para o autocuidado de pacientes diabéticos. Brazilian Journal of Development, 9(05), 14733–14751. <https://doi.org/10.34117/bjdv9n5-016>. Acesso em 6 de março de 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diabetes. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. Acesso em: 11 mar. 2025.

ANEXOS

Anexo 1. Questionário Sociodemográfico Inicial – Perfil e Diagnóstico Prévio de Diabetes Mellitus Tipo 1 ou Tipo 2

Questionário Inicial – Perfil e Diagnóstico Prévio de Diabetes Mellitus Tipo 1 ou Tipo 2

ETAPA 1: Coleta de Dados Demográficos:

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Qual é o seu nome completo? | () Outro: _____ |
| 2. Qual é a sua data de nascimento? | 4. Telefone (WhatsApp):
_____ |
| 3. Qual é o seu gênero? | |
| () Masculino | |
| () Feminino | |
| () Prefiro não dizer | |

5. Qual é a sua escolaridade?

- () Analfabeto
() Ensino Fundamental Incompleto
() Ensino Fundamental Completo
() Ensino Médio Incompleto
() Ensino Médio Completo
() Ensino Superior Incompleto
() Ensino Superior Completo
() Mestrado/Doutorado
() Prefiro não informar

6. Qual é o seu estado civil?

- () Solteiro(a)
() Casado(a)
() União estável
() Viúvo(a)
() Divorciado(a)/Separado(a)
() Prefiro não informar

ETAPA 2 – Diagnóstico Prévio de Diabetes

1. Você tem diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1?

- () Sim
() Não

2. Você tem diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2?

- () Sim
() Não

Anexo 2. Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes

– QAD

Anexo 2. Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes – QAD

(As perguntas que se seguem questionam-no sobre seus cuidados com o diabetes durante os últimos sete dias. Se você esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente)

1. ALIMENTAÇÃO GERAL									
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7	
1.2 Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA									
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2.3 Em quantos dos últimos sete dias comeu doces?	0	1	2	3	4	5	6	7	
3. ATIVIDADE FÍSICA									
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)?	0	1	2	3	4	5	6	7	
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta), sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7	
4. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA									
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7	
4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?	0	1	2	3	4	5	6	7	

5. CUIDADOS COM OS PÉS									
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7	
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los?	0	1	2	3	4	5	6	7	
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los?	0	1	2	3	4	5	6	7	
6. MEDICAÇÃO									
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme foi recomendado? OU (se insulina e comprimidos):	0	1	2	3	4	5	6	7	
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado?	0	1	2	3	4	5	6	7	
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7	
7. TABAGISMO									
7.1 Você fumou um cigarro – ainda que só uma tragada – durante os últimos sete dias? ☐ Não ☐ Sim									
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____									
7.3 Quando fumou o seu último cigarro?									
☐ Nunca fumou									
☐ Há mais de dois anos atrás									
☐ Um a dois anos atrás									
☐ Quatro a doze meses atrás									
☐ Um a três meses atrás									
☐ No último mês									
☐ Hoje									

Anexo 3. Temas dos vídeos elaborados e respectivos links de acesso

Tema do Vídeo	Link para Acesso
1. Antidiabéticos para DM2	https://drive.google.com/file/d/1pA1reGYIhGG1OSUkhDEpM7Td1Ur7ewIO/view?usp=sharing
2. Como e quando usar seus medicamentos?	https://drive.google.com/file/d/1_OeAcsD0--kkB4LorQIVjg2W_VLALBHR/view?usp=sharing
3. Dicas para melhorar a alimentação no DM2	https://drive.google.com/file/d/1Eau5fEr8KkynNt9rusWZTxVf78azd5L3/view?usp=sharing
4. Dicas e cuidados com as insulinas	https://drive.google.com/file/d/1rqDNDVnFSSxs5mYd7F17qXaO74UgIR0A/view?usp=sharing
5. Aplicação correta de insulina: dicas essenciais	https://drive.google.com/file/d/1NVcgHNZihgtYQUQlgpT49OL5-IliDA2b/view?usp=sharing
6. Importância do horário da aplicação das insulinas – por que não posso aplicar a qualquer momento?	https://drive.google.com/file/d/1J4JuByxsCsPkTTBQm5uODg1HCKrjik88/view?usp=drive_link

7. Como e por que fazer medidas de glicemia em casa?	https://drive.google.com/file/d/1klqtI9eU27QwsF-5GQw-awOYcSPYbuDV/view?usp=sharing
8. Entendendo os sintomas da hipoglicemia, a prevenção e o seu tratamento	https://drive.google.com/file/d/1tjFJsCHN4r3TY14bNZ5Cgg1QB2h_xouo/view?usp=drive_link
9. Dicas para alimentação DM1	https://drive.google.com/file/d/1hOnPzb-egiCVsWUihX4VMiDCmhf-PJg/view
10. Impacto do estresse e do sono no DM	https://drive.google.com/file/d/1g4YBZjMnFTBCqBnY07KdKeZI7fMRXKgo/view?usp=drive_link
11. Exercício físico: cuidados e benefícios para pessoas com DM	https://drive.google.com/file/d/14i9Dx8cH6LeKhtrnYvVvK5JWyzNIGXI_f/view?usp=drive_link
12. Exercícios físicos para DM1	https://drive.google.com/file/d/1u_Klfx073ebOpWmV4OJdP6V_2J2AaWet/view?usp=drive_link
13. Importância da atenção e do Cuidado com os pés	https://drive.google.com/file/d/1Htur1pNuLv4W00-O9KWS15SPMS-Fl4OJ/view?usp=sharing
14. Quando devo realizar a avaliação dos olhos e dos rins?	https://drive.google.com/file/d/1Htur1pNuLv4W00-O9KWS15SPMS-Fl4OJ/view?usp=sharing
15. Entendendo as metas do seu tratamento	https://drive.google.com/file/d/1GTIBSU2ARgfkZzXDzlyULdt6xxob71jS/view?usp=sharing
16. Entendendo os medicamentos para HAS e Dislipidemia	https://drive.google.com/file/d/1FNWoOu_FVVjnB4m-bcwRP7Zn801-fwbm/view?usp=drive_link

¹ Discente do Curso Superior de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Campus Curitiba. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4757967665679592>. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4653-8087>.

² Discente do Curso Superior de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Campus Curitiba. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). Lattes: <https://lattes.cnpq.br/4779007276881976>. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3375-4595>.

³ Docente do Curso Superior de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Campus Curitiba. Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (1991), Mestrado em Medicina Interna pela Universidade Federal do Paraná (1997) e Doutorado em Ciências da Saúde pela PUCPR (2022). Especialista com Residência Médica em Medicina Interna (1994) e em Endocrinologia e Metabologia (1995) pela Universidade Federal do Paraná. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9941294424011266>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7289-5873>.